



Instituto de Promoção e de Assistência à Saúde de Servidores do Estado de Sergipe

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO - DEPENDENTE  
SERVIDOR AFASTADO POR INTERESSE PARTICULAR / AUXÍLIO**

Eu, \_\_\_\_\_ servidor(a) público(a)  
portador(a) do CPF: \_\_\_\_\_ solicito a Vossa Senhoria autorização  
referente a minha Inscrição/manutenção ao Plano de Assistência à Saúde dos Servidores do  
Estado de Sergipe – IPESAÚDE tendo me afastado do serviço público estadual para o trato de  
interesse particular/médico, conforme portaria n° \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, consoante  
autorizado por Lei n°5853/2006 e Resolução 127/2020.

DADOS DO DEPENDENTE:

Nome: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ SSP: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone:( ) \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

\*É obrigatório o preenchimento de todos os campos e envio de toda documentação exigida para adesão.

\*\*Documentos do titular: RG E CPF; Contracheque atualizado com desconto; comprovante de residência;

\*\*\* Documentos do dependente de acordo com cada tipo: Filha(o) menor de 18 anos, Filho Universitária (o) até 24 anos;  
Filho Inválido; Esposa(o); Companheira (o); Enteada(o) menor de 18 anos; Enteada(o) Universitário (a) até 24 anos;  
Tutelado.

\*\*\*\*Estou ciente de que tal contribuição será feita mediante boleto bancário disponibilizado no site  
[www.ipesaude.se.gov.br](http://www.ipesaude.se.gov.br) todo 1º dia útil do mês subsequente à data abaixo, que a contribuição referente ao dependente  
será de acordo com o especificado na Lei 8.101/2016 e somado no valor do boleto do titular.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Solicitante ou Responsável Legal.

\* Os dados apresentados são de inteira responsabilidade do assinante.

ATENDENTE: \_\_\_\_\_